

Juin-Juillet
2012

Intérêt du dosage des folates dans les anémies

Les folates ou vitamine B9 regroupent un ensemble de molécules dérivées de l'ACIDE FOLIQUE.

Vitamines apportées exclusivement par l'alimentation.

Thermolabiles donc détruites en partie (>50%) par la cuisson.

Cette vitamine est indispensable à la formation des globules rouges, aux réparations cellulaires et tissulaires et à la synthèse d'ADN.

Une carence profonde en folates se manifeste par des :

- signes généraux : asthénie, anorexie, nausées, vomissements, diarrhées;

- **signes hématologiques** : **anémie macrocytaire** (VGM < 115 fl) **arégénérative**, hypersegmentation des polynucléaires, corps de Jolly, neutropénie et thrombopénie modérées, plaquettes géantes ;

- signes neuropsychiatriques : troubles du sommeil, de la mémoire et une irritabilité ;

- atteintes cutanées : dermites et purpura ;

- risques de malformations du tube neural pendant la grossesse ou de FCS.

- augmentation du risque de maladie cardiovasculaire du fait de l'augmentation de l'HOMOCYSTEINEMIE, protéine marqueur du risque thrombotique.

Le bilan des folates est un équilibre fragile :

- Apport 500 mg/j

- Besoin 100 mg/j

Dès que les apports diminuent la carence s'installe.

- Origine des folates : exclusivement alimentaire et essentiellement végétale légumes verts essentiellement, fruits frais ou secs, foie de veau....

- Couverture des besoins par une alimentation normale.

10% de la population mondiale est carencée en folates.

Réserves très faibles

Lors de l'exploration d'une anémie, il est conseillé d'associer le dosage de la ferritine et de la vitamine B12 au dosage des folates (selon le VGM).

Valeurs normales :

B9 sérique >3.1 ng/ml

B9 érythrocytaire : 140 à 836 ng/ml

Informations relatives à la bonne exécution des analyses biologiques au laboratoire Biomedica. L'information en amont du prélèvement est nécessaire pour améliorer le processus qualité du laboratoire (norme NF EN ISO 15189). Si vous ne désirez pas recevoir cette note d'information, merci de nous le préciser.

Fanny DANIEL

Ces carences ont diverses origines :

- insuffisance d'apport (dénutrition, personnes âgées, éthyliste,...);
- malabsorption (maladie coéliqua, Crohn,...);
- augmentation des pertes (hémodialyse);
- augmentation des besoins : grossesse, allaitement, infections graves aigues, néoplasies, anémies hémolytiques, éthyliste;
- traitements (Triméthoprime, Pyriméthamine, Méthotrexate, Triamterène, Nitrofurantoïne, Isoniazide, Barbituriques, Phénytoïne...)

Le dépistage d'une carence en folates est effectué par leur dosage (sérique et/ou érythrocytaire).

Le prélèvement doit être réalisé à jeun. Les traitements en cours doivent être connus.

Le taux de **folates sériques** est le reflet des **apports récents en folates**. Un repas peut normaliser le taux sérique chez un patient ayant une carence avérée, et « masquer » la carence sous jacente.

Le taux de **folates érythrocytaires** est 30 à 40 fois supérieur au taux sérique et n'est pas sujet aux apports alimentaires. Il est donc **un meilleur reflet des réserves tissulaires de l'organisme**.

Dans les états carenciels, la baisse de concentration sérique apparaît en 1 mois environ et en 3 à 4 mois pour les formes érythrocytaires.

Après transfusion sanguine ou en cas de forte réticulocytose des concentrations érythrocytaires élevées peuvent être observées.

Nouveau dosage disponible au laboratoire (septembre 2012) : CTX sanguins

La forme isomérisée β des télopeptides C-terminaux du collagène de type 1 (β -CTX) est hautement spécifique de la résorption osseuse.

Intérêt du dosage : suivi de la réponse à un traitement anti-résorptif chez les femmes post ménopausées et les personnes présentant une ostéopénie.

Prélèvement à jeûn, avant 9h, de préférence sur tube EDTA (meilleure stabilité) et toujours dans les mêmes conditions que le prélèvement initial, la concentration en β -CTX étant soumise à des **variations circadiennes**.